

# Le principe d'autonomie individuelle et le respect de la hiérarchie : La situation particulière des agents de santé participant à une recherche au Burkina Faso

## ÉTUDE DE CAS / CASE STUDY

Nicole Atchessi<sup>1,2</sup>, Louis Niamba<sup>1,3</sup>, David Zombré<sup>1,2</sup>

Reçu/Received: 9 Aug 2013

Publié/Published: 27 Oct 2013

Éditeurs/Editors: Maude Laliberté & Charles Dupras

© 2013 N Atchessi, L Niamba, D Zombré, [Creative Commons Attribution 3.0 Unported License](http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/)

### Résumé

Cette étude de cas traite aux difficultés liées au respect de l'autonomie des participants dans certaines recherches scientifiques dans le contexte de l'administration sanitaire au Burkina Faso.

### Mots clés

Burkina Faso, santé mondiale, éthique, respect de l'autonomie, consentement libre et éclairé, hiérarchie décisionnelle

### Summary

This case study relates to difficulties regarding the autonomy of participants in some scientific research in the context of health administration in Burkina Faso.

### Keywords

Burkina Faso, global health, ethics, respect for autonomy, informed consent, decision hierarchy

### Affiliations des auteurs / Author Affiliations

<sup>1</sup> Axe de Recherche en Santé Mondiale, Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Québec, Canada

<sup>2</sup> École de Santé Publique, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

<sup>3</sup> Département de Démographie, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

### Correspondance / Correspondence

Nicole Atchessi, [nicole.atchessi@umontreal.ca](mailto:nicole.atchessi@umontreal.ca)

### Remerciements

Les auteurs remercient l'équipe d'encadrement du séminaire sur l'éthique de la recherche, organisé par l'Axe de Recherche en Santé Mondiale, Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal. Cette équipe nous a aidés à nous familiariser avec les questions d'éthique, il s'agit de Drs. Matthew Hunt, Béatrice Godard et collaborateurs. Les remerciements vont également au [Programme Santé-Cap](#) qui a participé au financement de nos études doctorales.

### Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

### Acknowledgements

The authors thank the training team of the seminar on research ethics, organized by the Research Branch on Global Health, at the Centre de recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal. This team – composed of Drs. Matthew Hunt, Beatrice Godard and colleagues – helped us to familiarize ourselves with ethical issues. Thanks also to the [Global Health Research Capacity Strengthening Program](#) which helped fund our doctoral studies.

### Conflicts of Interest

The authors declare they have no conflict of interest.

## Contexte de l'étude

Les questions d'éthique en recherche constituent des enjeux importants pour les instances régulatrices, les chercheurs et la société elle-même, car certaines études peuvent comporter des risques physiques, psychologiques ou sociaux pour les participants [1]. Pour minimiser ces risques, la recherche sur les sujets humains est encadrée par plusieurs textes internationaux comme, par exemple, la Déclaration universelle des droits de l'Homme (1948), le Code de Nuremberg (1947) et la Déclaration d'Helsinki (de 1964 avec ses révisions). En ce qui concerne la qualité éthique de la recherche, les trois grands principes internationaux sont implicitement affirmés: bienfaisance (et non-malfaisance), justice, respect de l'autonomie des personnes [1]. Ces principes fondamentaux, qui sont à la base de l'éthique de la recherche internationalement, sont souvent difficiles à respecter dans le

contexte africain qui se caractérise précisément par : l'absence de comités d'éthique, le manque de compétences dans l'évaluation des protocoles de recherche là où ils existent, l'absence de textes de loi régissant l'éthique de la recherche, l'influence de la hiérarchie sur les décisions des subordonnés et la tarification des prestations du comité d'éthique dans certains pays d'Afrique subsaharienne (ex. Burkina Faso et Mali) [2,3].

Dans certaines études, les participants sont considérés et traités comme des sujets passifs de recherche et non pas comme des participants actifs à la recherche. Sur le plan éthique, cela soulève la question du consentement éclairé et celle de la possibilité d'abus par l'équipe de recherche [4]. La participation à la recherche doit être un acte volontaire et délibéré; elle devrait être le reflet du contrôle que possèdent les individus sur les décisions importantes de leur vie (auto-détermination). Respecter l'autonomie, c'est donner du poids aux opinions et aux choix réfléchis d'une personne autonome, tout en s'abstenant de faire obstacle à ses actions, sauf si elles sont clairement au détriment d'autrui [5]. Le chercheur, avant toute collecte de données, doit permettre au sujet de recherche de faire un choix libre et éclairé quant à leur participation [6]. Dans le contexte de la recherche internationalement, et plus particulièrement dans les pays en développement, plusieurs situations peuvent brimer le caractère libre du consentement à la recherche. Une situation fréquente est la vulnérabilité du participant à la recherche. Letendre et Lanctôt présentent six situations où une personne peut être vulnérable : la vulnérabilité découlant 1) de l'inaptitude mentale du sujet ; 2) du statut juridique du sujet ; 3) du « respect » des sujets envers les personnes détenant l'autorité ; 4) de la maladie du sujet ; 5) des ressources limitées du sujet ; et 6) du manque d'intégrité du système. Dans cette présente étude de cas, c'est la vulnérabilité découlant du « respect » des sujets envers les personnes détenant l'autorité qui est mise en évidence. Pour le Conseil des Organisations Internationales des Sciences Biomédicales (CIOMS), « les personnes vulnérables sont celles qui sont relativement (ou totalement) incapables de protéger leurs propres intérêts. Plus précisément, leur pouvoir, leur intelligence, leur degré d'instruction, leurs ressources, leur force ou autres attributs nécessaires pour protéger leurs intérêts propres, peuvent être insuffisants » [7].

## Présentation de l'étude de cas

Partout au Burkina Faso, les soins de santé sont payants, et ce sans égard aux revenus. Le coût associé à ces soins constitue une barrière pour l'accessibilité aux soins pour la population, surtout les plus pauvres [8]. Avec pour objectif d'aider la population de la région de Dori, qui est une des régions les plus pauvres du Burkina Faso, une organisation non gouvernementale (ONG) allemande avait initié un projet pilote qui accordait l'exemption du paiement des soins aux enfants de moins de cinq ans. Les enfants de moins de cinq ans avaient été choisis comme cible de cette intervention à cause de leur taux de morbidité et de mortalité élevé [9]. Dans ce milieu, les pratiques en prescriptions de médicaments sont connues pour être sous-optimales. On assiste très souvent au non-respect des protocoles de prescriptions préétablis. Par exemple, les antibiotiques et les produits injectables sont souvent prescrits de façon inappropriée, c'est-à-dire, sans indication et en surnombre [10,11]. Plusieurs acteurs et autorités sanitaires craignent que la levée de la barrière financière via le projet pilote de l'ONG allemande aggrave ces abus [12].

Cette étude de cas est inspirée d'une recherche qui s'est déroulée en Afrique de l'Ouest, précisément au Burkina Faso dans une région sahélienne rurale pauvre. L'étude visait à évaluer la qualité des prescriptions de médicaments dans un contexte d'exemption du paiement des soins. La qualité des prescriptions a été mesurée à l'aide des indicateurs de qualité de l'OMS [13]. Les participants visés par cette étude étaient des agents de santé (infirmiers, infirmières, aides-soignants, agents itinérants de santé). Ils devaient être interrogés par le chercheur sur leurs pratiques de prescriptions médicales. Notamment, des informations devaient être recueillies au sujet de leur usage des antibiotiques, de leur attitude face aux demandes du patient, du changement survenu dans leurs pratiques depuis l'avènement de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans.

Dans un premier temps, le protocole avait prévu que le recrutement des participants se ferait en informant le Médecin-Chef de la région, qui devait contacter les agents de santé et les inviter à participer à l'étude. Cet aspect du protocole avait été rejeté par le comité d'éthique canadien, qui avait souligné le non-respect de l'autonomie des participants. En effet, le fait que l'autorité hiérarchique invite les agents de santé pourrait exercer une pression indue sur ceux-ci et les obliger à participer par peur de réprimande. Le mode de recrutement avait donc été modifié en s'alignant sur la proposition du comité d'éthique. L'invitation à participer à l'étude devait se faire par affichage. Une note mentionnant l'étude, la question de recherche et la demande de participants devait être affichée dans les différents centres de santé. Les agents de santé intéressés à participer à l'étude devaient alors contacter les chercheurs pour les aviser de leur intention de participer à l'étude.

L'équipe de recherche avait procédé de la sorte et la réponse des agents notifiant leur intention à participer à l'étude avait été attendue. Ne recevant aucun appel, dans un contexte de milieu rural où l'accès aux moyens de communication est limité, les chercheurs s'étaient rendus dans les différents centres de santé et de promotion sociale (CSPS) en espérant recruter des participants parmi les agents de santé. Cependant, tous les agents de santé avaient une réponse similaire : « *Nous ne pouvons pas participer à cette étude, sauf si nos autorités hiérarchiques nous en donnent l'ordre* ». Quelques rares agents de santé avaient des propos plus nuancés et attendaient une simple autorisation de leurs supérieurs. Ils s'agissaient de ceux qui avaient plus d'ancienneté de service. Le message était clair, l'étude ne se ferait pas si l'ordre de participer ne venait pas des chefs hiérarchiques.

Une inquiétude a surgi à cette étape de la recherche, car la condition que posaient les agents de santé impliquait que le consentement des participants ne serait plus entièrement libre. En fait, il s'agissait d'un contexte où les participants renonçaient eux-mêmes à leur autonomie, pas parce qu'ils le voulaient, mais parce que le milieu de travail les y contraignait. Cela semblait s'expliquer par le rapport hiérarchique qui existe dans ce milieu entre les agents de santé et le Médecin Chef de district. Les agents de santé se voyaient d'office privés de leur autonomie, puisque la décision du Médecin Chef primait sur la décision des agents de santé.

## Questions à considérer

1. Doit-on respecter l'autonomie des participants alors qu'eux-mêmes y renoncent? Le principe d'autonomie au niveau individuel doit-il toujours s'appliquer même s'il peut constituer un obstacle à la recherche?
2. Comment pourrait-on protéger la liberté de participation des agents de santé face à l'influence de la hiérarchie?
3. L'autonomie devrait-elle être perçue comme un principe universel ou doit-elle se définir selon le contexte culturel? Le comité d'éthique devrait-il adapter ses exigences en fonction du contexte culturel de la recherche?
4. Face à ce dilemme, quelle marge de manœuvre les chercheurs disposent-ils face au comité d'éthique et au médecin-chef du district quant à la possibilité de mener leur recherche?
5. Face à ces obstacles, les chercheurs devraient-ils abandonner cette étude qui aurait pu permettre de produire des données probantes sur les effets de cette intervention? Quelle(s) décision(s) devraient prendre les chercheurs devant une telle situation?

## Références

1. Fagot-Largeault A. [La déclaration d'Helsinki révisée : Droit à la connaissance, respect des personnes et recherche clinique](#). 10ème Journée d'éthique médicale Maurice Rapin 2000, 17 novembre 2000.
2. Adio D. Éthique de la recherche et pays en développement. *Journal international de bioéthique*. 2007;18(4):69-73.
3. Moubé. Droits humains et bioéthique de la gestion des risques sanitaires au Cameroun : quel droit à la santé pour quelle justice sanitaire ? Rome: Master; 2010.
4. De Koninck M. Questions éthiques et recherche sociale In: Lambert Raymond D, De Koninck M., ed. *La conduite responsable de la recherche : les cadres normatifs*, Faculté de médecine, Université Laval, 2004.
5. National commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioral research. [The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research](#). USA; 1979.
6. Letendre M, Lanctôt S. [Le cadre juridique régissant la relation entre le chercheur et le sujet de recherche : la sécurité conférée par le droit canadien et le droit québécois est-elle illusoire](#). *Les Cahiers de droit* 2007;48(4):579-633.
7. CIOMS. [Lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains](#). Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (CIOMS) avec la collaboration de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2003.
8. Ridde V. [Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative](#). *Bull World Health Organ*. 2003;81:532-8.
9. Annuaire Statistiques Santé 2007, Burkina Faso. Ministère de la Santé; 2007.
10. Atchessi N, Ridde V, Haddad S. [Combining user fees exemption with training and supervision helps to maintain the quality of drug prescriptions in Burkina Faso](#). *Health Policy and Planning*. 2013 September 1, 2013;28(6):606-15.
11. Cheraghali AM, Nikfar S, Behmanesh Y, Rahimi V, Habibipour F, Tirdad R, et al. Evaluation of availability, accessibility and prescribing pattern of medicines in the Islamic Republic of Iran. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*. 2004;10(3).
12. LSHTM. Removing user fees: what matters in making it work. *Health Economics and Financing Programme of the London School of Hygiene & Tropical Medicine, University of Zambia, Ministry of Health, University of Cape Town*, Briefing Paper. 2010.
13. WHO. [How to investigate drug use in health facilities: selected drug use indicators](#). Geneva: World Health Organization, 1993.